Aus der Charité-Frauenklinik, Berlin
(Leitung: Prof. Dr. G. A. Wagner)

Die Erfolge der abdominalen Radikaloperation bei vorgeschrittenem Carcinom des collum uteri

---

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

vorgelegt von

Horst Krakow
aus Stücken (Mark)

Tag der Promotion: 30. 9. 1937

Druck: Karl u. Richard Hoffmann, Charlottenburg, Schillerstr. 44.

M 284

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Prof. Dr. Siebeck
Referent: Doz. Stabsarzt Dr. Schroeder
Korreferent: Prof. Dr. G. A. Wagner

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen Eltern

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535713_0167

Die letzte zusammenfassende Schilderung über den heutigen Stand der Collumcarcinomtherapie haben F. v. Mikulicz-Radecki unter dem Thema: „Die Radikaloperation im Rahmen der elektiven Therapie beim Collumcarcinom" und Eymer unter dem Thema: „Die Strahlentherapie bei der Behandlung des Collumcarcinoms" anläßlich der 23. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, abgehalten zu Berlin vom 11.—14. Oktober 1933, gegeben.

In der Folgezeit bis heute ist eine Reihe weiterer Arbeiten über das Gebiet erschienen, die sich im wesentlichen in der gleichen Richtung der elektiven Therapie bewegen. Auch die darin veröffentlichten Resultate bewegen sich im großen und ganzen im Rahmen der bisher erzielten Erfolge.

Ich nehme daher als breite Basis für meine Betrachtungen den Stand der Collumcarcinomtherapie, wie er sich auf dem 23. Gynäkologenkongreß darbot.

Die beiden genannten Referate geben ein ausführliches Bild von der elektiven Therapie, wie sie heute betrieben wird, bei der fast alle Operateure ihr Material sorgsam in gut operable und Bestrahlungsfälle teilen und dabei im Durchschnitt zu einem Operationsprozentsatz von 34,8 kommen, wie ihn v. Mikulicz-Radecki angibt; der Rest der Kranken wird bestrahlt. Es ist also in den letzten Jahren bei der zunehmenden Verbreitung der Strahlentherapie der Operationsprozentsatz erheblich gesunken. Parallel laufend damit ist auch die Zahl der primären Mortalität geringer geworden. Als größter Erfolg dieser elektiven Therapie aber muß das Steigen der absoluten Heilung auf 24,5 v. H. gelten. Das sind rd. 5 % mehr als die von Pankow aus den nach 1920 veröffentlichten Statistiken der Weltliteratur errechnete durchschnittliche absolute Heilungszahl beträgt.

Im ganzen zeigt sich demnach also eine Aufwärtsentwicklung in den Erfolgen der Collumcarcinomtherapie in Deutschland. Die im Anschluß an die beiden Referate stattgehabte Diskussion hat im allgemeinen die Zustimmung der Redner zu dem Gesagten unter Vervollständigung des Bildes durch Mitteilung eigener Erfahrungen gebracht. Aber wesentlich scheinen mir doch in diesem Rahmen folgende Bemerkungen Stoeckels zu sein: „Wir haben in der letzten Zeit in den Berichten der röntgenologischen Kongresse zu unserem Erstaunen lesen müssen, daß die Operation des Uteruscarcinoms eine überwundene, unmoderne und nicht mehr zu diskutierende Angelegenheit geworden sei. Es ist sehr an der Zeit, daß solche merkwürdigen Behauptungen richtig gestellt werden, um eine allzu große Verschiebung der Kritik nach der unrichtigen Seite hin rechtzeitig zu vermeiden". Und: „Es ist gesagt worden, daß die Strahlentherapie noch lange nicht am Ende ihrer Leistungsfähigkeit sei; das gleiche kann und muß man auch von der Operation behaupten. Was sie leisten könnte, ist noch längst nicht aus ihr herausgeholt worden. Das gilt sowohl von der abdominalen wie von der vaginalen Methode".

Das sind deutliche Worte eines der Erfahrensten auf dem Gebiete der Collumcarcinomtherapie, getragen von dem Bewußtsein, selbst ein Beispiel für die Leistungsmöglichkeit der Operation aufgestellt zu haben, wie ich gleich noch zeigen werde. Zugleich tragen diese Worte in sich aber auch die Anregung, immer wieder die Erfolge der operativen Leistung zusammenzustellen, nicht zu dem Zweck, einen nutzlosen Streit um die Vorrangstellung immer von neuem zu schüren, sondern um sowohl der Operation als auch der Strahlentherapie den Platz einzuräumen, der ihnen zum Wohle unserer kranken Frauen wirklich zusteht. Es gibt heute wohl Nur-Strahlentherapeuten, aber keinen einzigen Nur-Operateur. Eine Tatsache, die im allgemeinen Interesse sehr sicher und schnell zur Feststellung der wirklichen Leistungsfähigkeit und zu dauernder Verbesserung der Strahlentherapie führen wird, die

andererseits aber dazu führen muß, daß sich die Operateure fragen: hat es überhaupt noch Sinn, die große Mühe, die zum Lehren und Erlernen der schwierigen abdominalen Operationstechnik und der sauber ausgeführten Vaginalmethode notwendig ist, aufzuwenden? Wenn dann die Antwort „nein" lautet, wird allerdings in absehbarer Zeit die Operation des Collumcarcinoms zu einer zweitklassigen Behandlungsmethode werden. Doch das wäre noch nicht einmal schade, wenn tatsächlich bei Ausnutzung der besten Möglichkeiten für beide Methoden die Strahlentherapie in klarer Weise ihre Ueberlegenheit zeigen könnte. Daß dem aber heute noch längst nicht so ist, beweisen am besten die von v. Mikulicz-Radecki auf dem 23. Gynäkologenkongreß veröffentlichten Ergebnisse aus den Stoeckelschen Kliniken.

Stöckel hat mit 46,26 % den höchsten Operationsprozentsatz und trotzdem erreicht er mit 30,59 % die Höchstzahl an geheilten Frauen. Das sind 5 % Heilung mehr, als die größten und besten Kliniken im Durchschnitt aufzuweisen haben. Ob aber in Deutschland jährlich bei schätzungsweise 20 000 collumcarcinomkranken Frauen rd. 1000 mehr gerettet werden könnten, dürfte wohl nicht gleichgültig sein.

In diesem Sinne will die vorliegende Arbeit einen kleinen Beitrag zur Klarstellung der Leistungsfähigkeit der abdominalen Radikaloperation beim Collumcarcinom an einem Material, wie man es heute bei der vorherrschenden elektiven Therapie nur noch ganz vereinzelt finden wird, bieten.

Von Prof. Dr. G. A. Wagner ging die Anregung aus, unter den von ihm persönlich in der Frauenklinik der Charité operierten Callumcarcinomen, diejenigen, bei denen sich erhebliche operationstechnische Schwierigkeiten ergeben haben, herauszusuchen und die erzielten Ergebnisse an diesen Fällen, die alle keine Nachbestrahlung erfahren haben, festzustellen. Es sind fast ausschließlich Fälle, die schon bei der klinischen Untersuchung vor der Operation von Prof. Wagner als „Grenzfälle" bezeichnet wurden,

und nur ein kleiner Teil, bei dem sich die starke Ausbreitung des Carcinoms erst nach Eröffnung der Bauchhöhle offenbarte.

Meine Zusammenstellung umfaßt die Zeit vom 1. Juli 1928 bis zum 1. Juli 1931, so daß selbst die im letzten Jahre behandelten Frauen über 5 Jahre lang in unserer Beobachtung standen. Die Auswahl wurde nach den von Prof. Wagner selbst im Anschluß an die Operation diktierten Operationsberichten vorgenommen, und zwar wurden nur solche Fälle verwertet, bei denen der Operationsbericht von wirklichen Schwierigkeiten sprach. Um auf diese Weise zu einwandfreien Ergebnissen zu kommen, war eine ständige Fühlungnahme mit Prof. Wagner erforderlich. — Rezidive wurden, sofern sie bei uns Wiederaufnahme fanden, stets bestrahlt.

Um ein Vergleichsmaterial von nur bestrahlten Fällen heranziehen zu können, habe ich unter den in dem gleichen Zeitraum bestrahlten Collumcarcinomen diejenigen herausgesucht, die entweder an der Grenze der Operabilität standen und bestrahlt wurden, oder solche, die nach dem lokalen Befund sehr wohl operabel, infolge einer schweren Allgemeinkrankheit: Diabetes, dekompensierten Herzfehlers, schwerer Hypertonie, hohen Alters usw. einer Operation nicht unterzogen werden konnten, ferner solche Fälle, in denen die Operation von den Patientinnen abgelehnt worden war. Auch finden sich in dem Vergleichsmaterial einige Frauen, bei denen infolge starker Adipositas ein radikales Operieren unmöglich gewesen wäre und die aus diesem Grunde der Bestrahlung zugeführt wurden.

Zu der ersten Gruppe (7 Fälle) ist zu sagen, daß sie in unserer Klinik nicht groß ist, da ja gemeinhin die „Grenzfälle" von Prof. Wagner operiert wurden. Wenn auch zugegeben werden muß, daß auch die Bestrahlung für Frauen mit einem Allgemeinleiden eine gewisse Gefahr bedeutet, so kann man doch sagen, daß die von mir ausgesuchten und zum Vergleich der Leistung herangezogenen Bestrahlungsfälle ein hinsichtlich der örtlichen Carcinomausbreitung recht günstiges Material darstellen.

So ergibt sich also hier, kurz gesagt, eine Gegenüberstellung der nach der Ausbreitung des Krebses schwersten operierten gegenüber den leichtesten bestrahlten Fällen der Charité-Frauenklinik in dem genannten Zeitabschnitt.

Ich glaube damit dem Einwand, nicht operiertes und bestrahltes Material ein und derselben Klinik gegenüberstellen zu können, zu begegnen, da ja im vorliegenden Falle nicht nur gleichwertiges, sondern sogar besseres bestrahltes einem schlechteren operierten Material gegenübersteht.

Zur Operationsmetohode:

Sämtliche Fälle sind nach Wertheim operiert; und zwar folgt Prof. Wagner dabei ziemlich genau der Technik Wertheims, dessen Assistent er längere Zeit war. Eine genaue Schilderung seiner Technik hat Prof. Wagner selbst in der Zeitschrift „Der Chirurg" 1. Jg., 2. Heft, S. 49—56 sowie in dem Handbuch von Kirschner-Wagner Band V, Teil I gegeben. Deshalb, und zumal in jedem einschlägigen Lehrbuch über die Wertheim'sche Operation Näheres zu lesen steht, will ich mir hier eine eingehende Wiedergabe derselben ersparen. Zu sagen ist vielleicht noch, daß prinzipiell in Lumbalanästhesie und nach vorhergehender vaginaler Coagulation des Carcinomkraters unter Beobachtung der üblichen Operationsvorbereitungsmaßnahmen operiert wurde.

Zur Bestrahlungsmethode.

Die Bestrahlung sämtlicher angeführter Carcinome durch Prof. v. Schubert lag in den fachkundigsten Händen. Sie wurde nach folgenden Grundsätzen durchgeführt: An Radium erhielt jede Patientin im ganzen 3600—5000 mgeh. Als Filter wurde 0,2 Platin + 1,5 Messing benutzt. Ueberfilter von Hartgummi oder Holz fand nur bei Einlage in die Scheide Anwendung. Einlage in den Halskanal oder in die Körperhöhle erfolgte ohne Ueberfilter. Die Verpackung der Einzelpräparate von 10 mg und 2 mg in verschieden geformten Messingröhrchen richtete sich ganz nach den örtlichen Verhältnissen. Die Befestigung der

Präparate bei Einführung in die Körperhöhle oder in den Halskanal erfolgte durch Wahl eines genügend dicken Präparates; davor wurde eine feste Scheidentamponade gelegt. Zur Befestigung flacher Präparate an der Portio oder Scheide fand ein eigens aus Stenzmasse angefertigter Körper Anwendung, an welchem die Präparate angeklebt wurden. Bei Einlagen in die Scheide wurde manchmal auch ein Hohlkörper aus Holz verwendet.

Zeitlich erfolgte die Applikation von je 1800—2500 mgeh in 2 Sitzungen mit einigen Tagen Zwischenraum von 30—50 Stunden je nach Stärke des Präparates. Eine spätere Wiederholung fand nur in Ausnahmefällen bei streng örtlich begrenzten Rezidiven und frühestens nach Ablauf eines halben Jahres mit Dosen von 1000—2000 mgeh statt.

Die Röntgencarcinomdosis wurde in einer Massivbestrahlung von vier Einfallsfeldern aus gegeben.

Bei der Zusammenstellung des gesamten Materials waren mir Winters Forderungen für die Carcinomstatistik maßgebend.

Meine Beobachtungszeit der bestrahlten Patientinnen rechnet statt vom Ende vom Beginn der Bestrahlung bis fünf Jahre nach diesem Termin, was bei dem geringen Zeitraum, auf den sich die Bestrahlung bei der Methode der Wagnerschen Klinik erstreckt, nicht ins Gewicht fällt, zumal wir den größten Teil unserer Patientinnen noch über die Zeit von 5 Jahren hinaus beobachten.

Ergebnisse bei den operierten „Grenzfällen".

In der Frauenklinik der Charité sind in der Zeit vom 1.7.28 bis 1.7.31 von Prof. Wagner 51 Frauen operiert worden, bei denen sich lt. Operationsbericht technische Schwierigkeiten ergeben haben.

Von diesen 51 Frauen konnten 17 = **33,3** v.H. nach 5 Jahren als durch die Operation allein geheilt aus der Beobachtung entlassen worden.

Bei 3 weiteren Frauen (Nr. 5; 37; 46) konnte auch Dauerheilung erreicht werden, jedoch waren bei ihnen in-

folge Rezidivverdachtes einige Zeit nach der Operation Bestrahlungen vorgenommen worden.

Im ganzen sind also von den ganz schweren operierten 51 Karzinomfällen 20, d. i. 39,2 v. H. geheilt worden. Diese Zahl ist umso höher zu werten, als die primäre Mortalität eine bei der Schwierigkeit der Operationen begreiflich sehr hohe war.

Insgesamt entfallen auf die 51 Operationen 8 = 15,7 v.H. primäre Todesfälle, deren Ursache in 4 Fällen (Nr. 8, 13, 15, 18) Embolie, in 2 Fällen (Nr. 21, 42) Peritonitis, in 1 Fall (Nr. 33) Kreislaufschwäche und in 1 Fall (Nr. 3) Kreislaufschwäche mit beginnender Peritonitis war.

In 7 Fällen (Nr. 4, 19, 20, 24, 39, 43, 44) entstanden Fisteln, von denen 4 spontan wieder heilten. Die 3 Kranken, deren Fisteln nicht spontan heilten, starben am Carcinom 7, 11 und 14 Monate nach der Operation.

Eine Pat. (Nr. 41) ist verschollen, so daß über deren Schicksal nichts ausgesagt werden kann.

Bei 42 Operationen wurden Drüsen mitentfernt, weil sie carcinomatös zu sein schienen.

Die histologische Untersuchung, die in allen Fällen durchgeführt wurde, ergab in 11 Fällen die Diagnose Carcinom.

Von diesen 11 Frauen sind 8 an Rezidiven gestorben, 2 (Nr. 5, 37) wurden trotz Rezidivs durch Bestrahlung geheilt und 1 Frau (Nr. 41) ist verschollen.

Von den Fisteln entfallen auf die Fälle mit carcinomatösen Drüsen 3 (Nr. 19, 24, 39).

Das Durchschnittsalter unserer operierten Frauen beträgt 44,2 Jahre, wobei die älteste 64 und die jüngste 25 Jahre alt ist.

Das Durchschnittsalter der durch die Operation geheilten Frauen ist 40,6, das der nicht geheilten 46,1 Jahre.

Ergebnisse bei den bestrahlten Vergleichsfällen.

In der Zeit vom 1.7.28 bis 1.7.31 wurden in der Frauenklinik der Charité durch Prof. v. Schubert 39

Frauen bestrahlt, die den Anforderungen, wie ich sie für die Auswahl des Vergleichsmaterials oben geschildert habe, entsprachen. Keine der Frauen ist außer der Bestrahlung noch operiert worden.

Von diesen 39 Frauen wurden 13 = 33,3 v.H. geheilt.

Fisteln oder andere im Anschluß an die Bestrahlung aufgetretene Krankheiten sind nicht feststellbar.

Ein Fall (Nr. 65) von primärer Mortalität ereignete sich infolge von Lungenembolie.

Eine Pat. (Nr. 80) ist als verschollen zu betrachten.

Das Durchschnittsalter unserer bestrahlten Frauen beträgt 54 Jahre; die älteste von ihnen ist 77 und die jüngste 37 Jahre alt.

Die durch die Bestrahlung geheilten Patientinnen sind durchschnittlich 57 und die nicht geheilten 52,5 Jahre alt.

Die Betrachtung der Resultate in beiden Gruppen ergibt folgendes Bild:

1. Die erzielte relative Heilung von 33,3 % bei den operierten wie bei den bestrahlten Frauen ist ein sehr günstiges Ergebnis, was nicht einfach mit dem Hinweis auf den Fehler der kleinen Zahl abgetan werden kann, zumal wenn man bedenkt, daß es sich ja bei dem operierten Material durchweg um „Grenzfälle" handelt.
2. Die Zahl von 8 primären Todesfällen ist hoch und belastet die Operation recht stark, obgleich man an einer ganzen Reihe anderer Kliniken ähnliche Erfahrungen gemacht hat, die sich auf viel weniger weit fortgeschrittene Krebse beziehen.
3. Die 7 Fisteln beweisen deutlich die großen Schwierigkeiten, die bei den Operationen vorgelegen haben. Diese Zahl verliert aber wesentlich an Schrecken durch die Tatsache, daß 4 Fisteln spontan geheilt sind.
4. Die fehlende Morbidität und die geringe Mortalität von 1 bei den Bestrahlungsfällen beweisen die geringe Carcinomausdehnung bei dem zum Vergleich herangezogenen Material. Außerdem sind sie ja überhaupt die

absoluten Vorzüge jeder Strahlenbehandlung gegenüber einer Operation.

5. Die hohe Mortalität bei den Fällen mit carcinomatösen Drüsen beweist, daß ein bereits auf die regionären Lymphdrüsen übergreifendes Carcinom die Frauen in viel größere Gefahr bringt als dies ein nur die Parametrien erfassendes tut. Diese Frauen müssen der Strahlenbehandlung zugeführt werden. Denn sind die Drüsen erst einmal ergriffen, kann die Operation den letzten Carcinomrest auch nicht mehr beseitigen, da fast immer auch schon Drüsen vom Carcinom ergriffen sind, die sich der Erkennung als erkrankte Lymphknoten entziehen.
6. Interessant ist das Verhalten des Alters, denn es geht klar daraus hervor, daß durch die Operation bei jüngeren Frauen und durch die Bestrahlung bei älteren Frauen bessere Ergebnisse erzielt wurden. Wieweit daran die Carcinomausbreitung beteiligt ist, läßt sich bei dem geringen Material nicht entscheiden.

Schlußbemerkungen.

Abschließend kann gesagt werden, daß sowohl die Bestrahlung als auch besonders die Operation bei den „Grenzfällen" zu einem sehr guten Ergebnis geführt haben. Bei den Fällen, bei denen die regionären Lymphknoten bereits ergriffen sind, verspricht die Operation keine großen Erfolge; auch lastet auf ihr schwer die starke Morbidität und die hohe Mortalität. Aber folgendes ergibt sich eindeutig: wenn das Carcinom nicht die Parametrien überschritten hatte, leistete die Operation in unseren Fällen Besseres als die Strahlentherapie.

Die Operationsgrenzen allzuweit zu stecken, ist sicher nicht gut, aber es erscheint an Hand unseres Materials nicht erforderlich, sie so weit einzudämmen, wie das heute der Fall ist. Vorausgesetzt muß allerdings eine restlose Beherrschung der Technik und der eiserne Wille werden, die Morbidität wie die primäre Mortalität auf ein noch geringeres Maß herabzudrücken. In der Hand eines guten

Operateurs, der seine Indikation richtig stellt, wird die Operation auch in Zukunft bei den vorgeschritteneren und nicht nur bei den leichtesten Collumcarcinomen eine vollwertige im Endresultat erfolgversprechende Behandlungsmethode sein.

Operierte „Grenzfälle".

Nach der klinischen Untersuchung vor der Operation handelt es sich durchweg um weit vorgeschrittene Krebserkrankung der Frauen, die zum größeren Teil von anderen Gynäkologen kaum mehr der Operation zugeführt worden wären. Eine ausführliche Wiedergabe der Untersuchungsbefunde erübrigt sich. Eine einfache Klassifizierung der Fälle nach den bekannten Stadien der Völkerbundskommission (I—IV) wird an der Charité-Frauenklinik bewußt vermieden, da deren Wertlosigkeit durch die Untersuchungen von G. Doederlein und Baatz (Zbl. f. Gyn. 1934 S. 22) festgestellt ist.

Es werden hier lediglich Auszüge aus dem Operationsbericht und aus der Kartothek wiedergegeben. Die Zahlen am Anfang jeden Falles sind die Krankenblattnummern.

1. Nr. 350. Frau G. K., 32 Jahre, operiert am 23. 7. 1928.

Operationsbericht: „Uterus nicht gut beweglich. Parametranes Gewebe beiderseits hinten infiltriert. Ablösen der Blase rechts etwas schwieriger, dort erweist sich auch später der Ureter adhärent." Drüsenausräumung beiderseits. Drüsen carcinomatös. Morbidität: Cystopyelitis. Weiteres Schicksal: 4. 12. 28 Rezidiv-Bestrahlung. 26. 6. 29 Exitus infolge Rezidivs.

2. Nr. 264. Frau K. F., 45 J., op. 28. 7. 28,

Op.-Ber.: „Die Darstellung des rechten Ureters etwas schwierig, des linken leichter". Drüsenausräumung bds. Morbidität: Postop. Zystitis. Weit. Schicks. 9. 2. 34 subjektives Befinden gut, gyn. o. B. — 5-Jahresheilung.

3. Nr. 610. Fr. H. B., 44 J., op. 23. 10. 28.

Op.-Ber.: „Abpräparieren der Blase im infiltrierten und ödematösen Gewebe. Präp. d. Ureters zuerst links, wo das Parametrium weit hinaus derb infiltriert ist. Die Präparation des Ureters schwer, weil er in sehr schwieliges Gewebe eingebettet ist. Auch rechts ist das Gewebe ähnlich

beschaffen. Sehr schwierig gestaltet sich die scharfe Ablösung des Rectums. Die Blutstillung ist mühsam". Drüsenausräumung, primäre Mortalität: 2 Tage post op. Exitus an Kreislaufschwäche mit beginnender Peritonitis.

4. Nr. 702 . Fr. A. L., 45 J., op. 30. 11. 28. Carcinom im Collumstumpf nach Exstirpation des corpus uteri mit den Adnexen vor 10 Jahren.

Op.-Ber.: „Beiderseits harte Lymphdrüsen. Der rechte Ureter ist nicht zu finden. Es zeigt sich nun, daß er ganz in das lig. infundibulopelvicum hineingezogen, mit den Gefäßen narbig verlötet war, mit denen er bei der ersten Umstechung unterbunden und durchtrennt wurde. Links vorsichtiges Abpräparieren des auch hier verzogenen Ureters. Möglichst radikale Ausschneidung der Parametrien". Drüsenausräumung. Morbidität: Uretero-vaginalfistel. Weit. Sch.: 5. 2.30 lt. briefl. Nachricht Exitus infolge Rezidivs.

5. Nr. 768. Fr. L. H., 51 J., op. 19. 12. 28.

Op.-Ber.: „Der Uterus wenig beweglich. Die Tuben bds. in Hydrosalpingen verwandelt und mit den Ovarien am unteren Ligamentblatt fest fixiert. Ablösung durch schwielige Beschaffenheit des Gewebes erschwert. Ebenso die Präparation der Ureteren. Im vesikalen Anteil müssen die Ureteren vollständig denudiert werden, um aus dem schwieligen Gewebe ausgelöst werden zu können." Drüsenausräumung bds. Drüsen carcinomhaltig. Morbidität: Zystitis. Weit. Sch.: 12. 1. 31 Bestrahlung wegen Rezidiv. 25. 9. 36 normaler Tastbefund.

6. Nr. 785. Fr. F. M., 25 J., op. 4. 1. 29.

Op.-Ber.: „Zahlreiche Adhäsionen um den Uterus. Rechts vergrößerte harte Lymphdrüsen. Die Excision der Parametrien erfolgt sehr radikal, lks. hint. müssen die Klemmen ganz außen angelegt werden, um am Infiltrat vorbeizukommen." Drüsenausräumung. Morbidität: Zystitis, Blasenschwäche. Weit. Sch.: 27. 2. 34 subj. Befinden gut, gyn. o. B. — 5-Jahresheilung.

7. Nr. 7. Fr. E. R., 33 J., op. 8. 1. 29.

Op.-Ber.: „Die Präparation des rechten Ureters durch schwielige Beschaffenheit des Subserosiums etwas mühsamer, links beträchtlich schwieriger. Die rückwärtigen Klemmen lks. liegen z. T. noch im Infiltrat, das bis an die Beckenwand reicht". Drüsenausräumung. Weit. Sch.: 30. 10. 35 lt. briefl. Nachr. völliges Wohlbefinden. Kann zur Untersuchung wegen zu großer Entfernung nicht kommen. — 5-Jahresheilung.

8. Nr. 21. Fr. E. T., 50 J., op. 12. 1. 29.

Op.-Ber.: „Die linke Tube kolbig verdickt, mit dem Ovar gegen das Rectum fixiert, das mit einem dicken Infiltrationsknoten an die

Hinterwand des Collums fixiert ist. Auch die rechten Adnexe adhärent. Der linke Ureter tief nach abwärts gezogen, offenbar durch die entzündliche Infiltration und gegen den Uterus durch sehr harte Schwielen fest fixiert. Seine Präparation schwierig. Bei der Ablösung des Rectums wird das Inf. gleich mitgenommen. Primäre Mortalität. 23. 1. 29 Exitus an Lungenembolie. Trendelenburgsche Operation erfolglos.

9. Nr. 136. Fr. E. D., 37 J., op. 16. 2. 29.

Op.-Ber.: „Die Darstellung des rechten Ureters ist etwas mühsam. Auch lks. die Präparation etwas mühsam. Das Parametrium so radikal als irgend möglich exzidiert. Die linke Drüse ist mit dem nervus obtur. verwachsen, der herauspräpariert wird". Drüsenausräumung bds. Drüsen Ca-haltig. Weit. Sch.: 12. 12. 30 Exitus an Ca. Metastas. im Kniegelenk.

10. Nr. 172. Fr. E. N., 44 J., op. 28. 2. 29.

Op.-Ber.: „Der Uterus wenig beweglich. Die Op. durch beträchtl. Ektasie der Venen unangenehm. Das Rectum hoch hinauf fix., muß mühsam scharf abgelöst werden. Dann Excision der Parametrien nach Abklemmung ganz außen". Morbidität: Blasenatonie. Weit. Sch.: 9. 3. 34 gyn. o. B. — 5-Jahreshlg.

11. Nr. 183. Fr. N. M., 47 J., op. 2. 3. 39.

Op.-Ber.: „Enorm viel Fett im Bauchraum. Uterus wenig beweglich, groß. Die Präparation der Ureteren ist durch die große Tiefe des Operationsgebietes sehr unangenehm. Die Präparat. des vesikalen Anteils der Ureteren ist wegen der geringen Einsicht mühsam, gelingt aber glatt. Excis. d. Parametrien sehr mühsam". Drüsenausräumung. Morbidität: Herzinfarkt am 8. u. 16. Tag nach der Op. Weit. Sch.: Mai 35 kein Rezidiv. Fustgroße Narbenhernie. — 5-Jahreshlg.

12. Nr. 189. Fr. F. W., 50 J., op. 6. 3. 29.

Op.-Ber.-„Operation als Exploralivlaparotomie gedacht. Ganz oben im Fundus der Blase wird die Schleimhaut auf 4 mm Länge lädiert. Präpar. des rechten Ureters sehr mühsam. Ureter aus den zähen Schwielen im vesikalen Anteil mühsam ausgelöst. Auch das Rectum fixiert". Drüsenausräumung bds. Weit. Sch.: 30. 4. 35 gyn. o. B. — 5-Jahreshlg.

13. Nr. 326. Fr. I. H., 58 J., op. 30. 5. 29.

Op.-Ber.: „Die Ablösung der Blase ist schwierig. Bds. sind die Ureteren in fascienartige Schwielen eingebettet. Präp. d. Ureteren, die in ihrem vorderen Anteile vollkommen atypisch verlaufen, ist gefährlich und mühsam, gelingt aber ohne jede Läsion". Prim. Mort. am 10. 6. 29 Exitus an Lungenembolie.

14. Nr. 335, Fr. A. S., 48 J., op. 15. 4. 29.

Op.-Ber.: „Rechts unter der Ven. il. ext. und an der Il. communis

einige bis haselnußgroße, harte Drüsen. Das Parametrium rechts infiltr. Die Präparat. d. unteren Teils d. rechten Ureters, der dort sehr fest fixiert ist, mühsam. Auch lks. der untere Teil des Ureters etwas schwerer darzustellen". Drüsenausräumung. Weit. Sch.: 10. 10. 32 Exitus an Rezidiv.

15. Nr. 415. Fr. G. S., 40 J., op. 6. 5. 29.

Oper.-Ber.: „Enorm fettreiche Bauchdecken. Der r. Ureter ist gegen das Ligamentblatt außerordentlich fest fixiert". „Dann die Uretermündung mühsam dargestellt. Entzündl. orangengroßer Adnextumor". Prim. Mort.: 17. 5. 29 Exitus an Lungenembolie.

16. Nr. 416. Fr. A. K., 43 J., op. 7. 5. 29.

Op.-Ber.: „Keine Residuen der abgelaufenen Periton.-Tbk. nachweisbar. Der Uterus groß, wenig beweglich. Die Präp. d. lk. Ureters ist wegen der derben Beschaffenheit des Gewebes nicht ganz leicht. In dem geschrumpften, harten Infiltrat ist der r. Ureter nur mit großer Mühe darzustellen. Ablös. d. Rectums, das ziemlich fest adhärent ist". Morbid.: Zystitis. Weit. Sch.: 6. 9. 35 gyn. o. B. — 5-Jahreshlg.

17. Nr. 436. Fr. H. H., 26 J., op. 15. 5. 29.

Op.-Ber.: „Die Op. ist als Explorativlaparotomie gedacht. Das param. Gew. bds. hinten, namentlich lks., wie auch weiter nach vorn zu, zäh infiltriert. Bei der Blasenablösung muß von vornherein etwas Blasenmuskulatur mitgenommen werden. An einer Stelle wird sie bis auf die Schleimhaut abgetragen. Die Präp. d. Ureteren ist wegen der enorm schwieligen Beschaffenheit des Subserosiums sehr schwierig. Die Schere geht beim Abtrennen des lk. Parametriums hinten lks. noch durch knirschendes Gewebe". Drüsenausräumung bds. Weit. Sch.: Mai 34 gyn. o. B. — 5-Jahresheilung.

18. Nr. 1086. Fr. O. S., 49 J., op. 23. 11. 29.

Op.-Ber.: „Abpräparieren der Blase schwierig. Die Präp. d. Ureteren erschwert. Aeußerst mühsam ist die Ablösung des Rectums". „Dann wird das Parametrium noch möglichst radikal exzidiert". Drüsenausräumung. Morb.: Entzündl. Infiltr. mit hohen Temperaturen. Prim. Mortalität. 6. 12. 29 Exitus an Lungenembolie.

19. Nr. 1118, Fr. E. R., 40 J., op. 9. 12. 29.

Op.-Ber.: „Die Op. ist als Explorativlaparotomie gedacht. Rechts vom Uterus befindet sich eine derbe Infiltrationsplatte über den Beckenwandgefäßen. In ihr eingebettet eine harte Drüse. Links ebenso. Rechts zunächst Infiltrationsplatte mit der Drüse von A. u. V. il. ext., in denen sie sehr fest haftet, abpräpariert". Drüsenausräumung. Drüsen Ca-

haltig. Morb.: Rectovaginalfistel. Pyelitis. Weit. Sch.: Spontanheilung der Fistel. 5. 4. 37 gyn. o. B. — 5-Jahresheilung.

20. Nr. 1113, Fr. M. B., 53 J., op. 4. 12. 29.

Op.-Ber.: „Der Uterus auch nach Lösung von Adhäsionen wenig beweglich. Präp. der Ureteren bds. ziemlich mühsam. Die Ureteren in schwieligem Gewebe eingebettet. Die Blutstillung ziemlich mühsam". Morb.: Uretervaginalfistel. Weit. Sch.: 23. 9. 30. Exitus an Ca.

21. Nr. 38. Fr. A. L., 36 J., op. 13. 1. 30.

Op.-Ber.: „Das Fettgewebe unterhalb des Ligamentblattes bis an die großen Gefäße eigentümlich infiltriert, wahrscheinlich entzündlich. Das Ablösen der Blase durch fibröse Besch. des Zellgewebes etwas mühsam, wie überhaupt die zähe Besch. des Beckenbindegewebes die Operation ein wenig erschwert. Die Präp. des lk. Ureters durch die schwielige Besch. des Gewebes etwas schwieriger". Prim. Mort.: 19. 1. 30 Exitus an Peritonitis.

22. Nr. 30. Fr. M. P., 60 J., op. 18. 1. 30.

Op.-Ber.: „Fettreiche Bauchdecken. Uterus wenig beweglich. Die Blase nur mühsam abzupräparieren, hängt. Die Präp. der Ureteren durch das sehr fetthaltige Gewebe etwas erschwert. Der Uterus läßt sich nur ganz wenig emporziehen. Die Blutstillung in den außerordentlich tiefen Wundräumen ist wegen des vielen Fettes, der immer herabhängenden, überaus schlaffen Blase und der Tiefe des Operationsgebietes mühsam". Weit. Sch.: 22. 12. 34. Exitus wahrscheinlich an Ca.

23. Nr. 108. Fr. H. W., 39 J., op. 4. 2. 30.

Op.-Ber.: „Sehr fettreiche Bauchdecken. Uterus groß. Die Präp. der Uteren durch die zähe Beschaffenheit des Bindegewebes etwas mühsamer. Das Rectum weit abgelöst; wegen der Tiefe des Operationsgebietes war dieser Akt etwas schwieriger". Weit. Sch.: 24. 1. 32 Exitus an Ca.

24. Nr. 141, Fr. A. W., 45 J., op. 14. 2. 30.

Op.-Ber.: „Der Uterus ist wenig beweglich, lks. tastet man im Zusammenhang mit d. Collumkante einen aprikosengroßen, der Beckenwand vollkommen fest aufsitzenden harten Knoten; rechts eine harte Lymphdrüse im Gefäßwinkel". „Nun wird die starre Serosa der Plika vesicouterina durchtrennt und die Blase, die außerordentlich fest haftet, abgelöst. Das Rectum wird im oberen Anteil scharf abgelöst im unteren Anteil mit einer Longette abgeschoben. Dabei kommt es, wie sich nachträglich zeigt, zu einem breiten, queren Einriß in der Vorderwand des Rectums, dessen Vorderwand gegen den oberen Teil der hinteren Vaginalwand vollkommen fest adhärent ist". Drüsenausräumung. Drüsen

Ca-haltig. Morb.: Rectovaginalfistel. Weit. Sch.: Spontanheilung der Fistel. Juni 1931 Exitus an Rezidiv.

25. Nr. 175. Fr. K. K., 43 J., op. 24. 2. 1930.

Op.-Ber.: „Ablösung der Blase nur im oberen Teil etwas schwieriger. Hinten ist die Serosa nach den Seiten zu gegen das Inf., das namentlich lks. an der pars poster. entwickelt ist, fixiert. Mit Rücksicht auf diese Infiltr. wird das Parametrium so radikal als irgend möglich exidiert". Drüsenausräumung. Weit. Sch.: 7. 8. 35 lt. ärztl. Ber. kein Ca-Rezidiv. Wohlbefinden. — 5-Jahresheilung.

26. Nr. 178. Fr. A. F., 40 J., op. 26. 2. 1930.

Op.-Ber.: „Der Uterus wenig beweglich. Beiderseits im Gefäßwinkel vergrößerte Drüsen, lks. weichere, rechts aber verdächtige. Die Blase in dem oberen Anteil an das Collum fixiert, wird mühsam abgelöst, im unteren Teil etwas leichter. Wegen der starken Ausbreitung des Ca wird mit der Excision des Parametriums bis an die Beckenfascie, nach unten bis auf den Levator gegangen. Die Ausweidung des Beckens ist geradezu unheimlich." Drüsenausräumung bds. Weit. Sch.: Dezember 1931 Exitus an Ca.

27. Nr. 181. Fr. A. Z., 39 J., op. 1. 3. 30.

Op.-Ber.: „Die Operation ist als Explorativlaparotomie gedacht. Uterus nur wenig emporzuziehen. Der Tumor hängt rechts fest an der Beckenwand. Unter der Uterina rechts haselnußgroße harte Drüsen." Drüsenausräumung bds. Weit. Sch.: 2. 9. 35 Nachr.: Wohlbefinden, kein Rezidiv. — 5-Jahresheilung.

28. Nr. 218. Fr. A. M., 38 J., op. 13. 3. 30.

Op.-Ber.: „Der Uterus ist nicht gut beweglich, er hängt rechts unten. Das Ablösen der Blase zunächst schwierig, namentlich rechts. Die Präp. der Ureteren, namentlich rechts im vesikalen Anteil, mühsam. Das parametrane Gewebe wird sehr radikal mitgenommen." Drüsenausräumung. Morb.: Thrombophlebitis bds. Weit. Sch.: Mai 1934 Exitus an Ca.

29. Nr. 242. Fr. E. H., 51 J., op. 26. 3. 30.

Op.-Ber.: „Viel Fett im Bauch. Uterus adhärent, ganz unbeweglich. Weite ektatische Venen sehr störend. Die uterinen Gefäße mühsam darzustellen. Blutstillung mühsam. Sehr unangenehme, mühsame und schwierige Operation, aber hauptsächlich durch die Verhältnisse nach der alten Op. und Entzündung". Drüsenausräumung. Morb.: Pleuraexsudat. Weit. Sch.: 25. 9. 36 gyn. o. B. — 5-Jahreshlg.

30. Nr. 267. Fr. E. G., 29 J., op. 28. 3. 30.

Op.-Ber.: „Uterus groß. Mäßige Beweglichkeit des Uterus. Rechts Infiltr. im Parametrium. Bds. unter der II. externa vergrößerte, harte

Lymphdrüsen. Rechts liegt der Ureter im infiltr. Gewebe; wird scharf herausgeschnitten." Drüsenausräumung bds. Weit. Sch.: 25. 9. 36 gyn. o. B. — 5-Jahresheilung.

31. Nr. 274. Fr. E. M. 60 J., op. 27. 3. 30.

Op.-Ber.: „Der Uterus etwas verdickt, weich. Beim Anfassen mit der Hakenzange spritzt Pyometraeiter aus dem Uterus heraus. Blase gegen das Collum fest fixiert. Es wird etwas Blasenmuskulatur mitgenommen". Während der weiteren Op. dauernd recht störende venöse Blutungen. Drüsenausräumung. Weit. Sch.: 2. 4. 34 Exitus an Rezidiv.

32. Nr. 392. Fr. F. D., 36 J., op. 10. 5. 30.

Op.-Ber.: „Ziemlich fettreiche Bauchdecken. Der Uterus unbeweglich. Die Präparation der Ureteren macht infolge der entzündl. Schwielen beträchtliche Schwierigkeiten. Linker Ureter oberhalb der Uterinakreuzung dilatiert. Die untere Partie muß bds. aus dem schwiel. Infiltr. herausgeschnitten werden. Auch die Ablösung des Rectum kann nur scharf erfolgen". Drüsenausräumung. Weit. Sch.: 4. 7. 35 gyn. o. B. 5-Jahresheilung.

33. Nr. 502. Fr. A. S., 64 J., op. 14. 6. 30.

Op.-Ber.: „Das Becken außerordentlich tief. Uterus sehr unbeweglich. Die ganze Operation durch die Tiefe des Op.-Gebietes sehr erschwert. Darstellung der Ureteren mühsam. Douglas außerordentlich tief, Rectumablösung schwierig. Blutstillung wegen der Tiefe mühsam." Drüsenausräumung. Prim. Mort.: 20. 6. 30 Exitus an Kreislaufschwäche.

34. Nr. 564. Fr. S. T., 38 J., op. 26. 6. 30.

Op.-Ber.: „Uterus wenig beweglich. Hängt links sehr fest. Abpräparieren der Blase im lk. Anteile sehr erschwert. Lks. der Ureter etwas erweitert und schon oberhalb der Uterinakreuzung gegen das Collum fixiert. Der vesikale Anteil muß aus einem starren carcinomatösen Infiltrat herausgeschnitten werden, doch scheint auch jetzt der Ureter noch nicht ganz frei von Ca zu sein. Es wird daher beschlossen, ihn später im oberen Teil mit dem zugehörigen Blasenstückchen zu resezieren." Implantation in die Blase. Drüsenausräumung. Weit. Sch.: 17. 11. 31 Exitus an Ca.

35. Nr. 588. Fr. E. B., 43 J., op. 7. 7. 30.

Op.-Ber.: „Uterus groß, links das Beckenbindegewebe verdichtet. Die Op. vom Hautschnitt angefangen durch außerordentlich starke venöse Blutung gestört. Rechts finden sich oberhalb der Uterina unter der Iliaca externa etwas vergrößerte Drüsen". „Dann die Parametrien ganz an der Beckenwand nach Abklemmung excidiert, wobei besonders lks., wo das Gewebe infiltriert erscheint, so radikal als irgend möglich vorgegan-

gen wird.“ Drüsenausräumung. Drüsen Ca.-haltig. Weit. Sch.: 16. 6. 31 Exitus aus fraglicher Ursache.

36. Nr. 589. Fr. M. S., 50 J., op. 10. 7. 1930.

Op.-Ber.: „Fettreiche Bauchdecken. Der Uterus klein, fast gar nicht beweglich. Das parametrane Gewebe rechts und links hinten infiltriert und kurz. Bds. an den Iliacae ektatische Venen. Erst nach Durchtrennung des hinteren Anteils der Parametrien wird der Uterus beweglich.“ Drüsenausräumung bds. Weit. Sch.: 8. 10. 36 gyn. o. B. — 5-Jahresheilung.

37. Nr. 593, Fr. E. G., 43 J., op. 16. 7. 1930.

Op.-Ber.: „Links ist die Präp. des Ureters, der in Schwielen fest eingebacken ist, viel mühsamer. Sehr mühsam muß der Ureter im weiteren Verlauf scharf herauspräpariert werden“. Drüsenausräumung. Morb.: Thrombose. Weit. Sch.: 4. 9. 36 Bericht vom Krankenhaus „keine Beschwerden; rectovaginal alles glatt. Vorher jedoch wegen Rezidivverdachtes bestrahlt.

38. Nr. 617. Fr. G. S., 37 J., op. 21. 7. 30.

Op.-Ber.: „Der Uterus hängt links. Dort ist das Ca. fast durch die Serosa hinten durchgebrochen. Breites Infiltrat lks. hinten und seitlich. Rechts ist eine etwas vergrößerte Drüse tief unter der Iliaca externa zu tasten. Die Blasenablösung links schwierig. Mühsam gestaltet sich auch die Präp. des vesikalen Ureteranteils und des Blasenzipfels, doch gelingt es hier, sicher im Gesunden vorzugehen. Das Rectum hängt namentlich rechts hinten fest. Namentlich links wird äußerst radikal vorgegangen, sodaß hier die Beckenfascie und unten der Levator vollständig freigelegt sind.“ Drüsenausräumung. Weit Sch.: 23. 2. 33: Exitus an Rezidiv.

39. Nr. 619. Fr. B. B., 41 J., op. 19. 7. 30.

Op.-Ber.: „Die Operation ist als Explorativlaparotomie gedacht. Rechts an der Beckenwand das bei der Untersuchung getastete große Paket infiltr. Drüsen, das etwas elastisch ist. Auffallend weite Venen. Es erweist sich die Fixation des Drüsenpaketes gegen die Vena il. ext. so vollkommen fest, daß ein Abpräparieren von der Beckenwand nicht gelingt, auch nachdem der untere Pol des Paketes freipräpariert ist. Dabei wird das Paket lädiert und es entquellen ihm käsige Massen, die möglichst vorsichtig abgetupft werden. Da an der A. il. comm. keine vergrößerten Drüsen getastet werden, wird doch noch die Radikaloperation beschlossen. Die Vena il. ext. wird oberhalb und unterhalb des Drüsenpaketes freipräpariert, unterbunden und durchschnitten. Dann läßt sich das Drüsenpaket exstirpieren, wobei der N. obtur. aus dem unteren äußeren Anteil herausgeschält werden muß. Links ist die Prä-

paration einfach". Drüsenausräumung bds. Drüsen Ca-haltig. Morb.: Thrombophlebitis rechts, Rectovaginalfistel. Weit. Sch.: Spontanheilung der Fistel, Rezidivbestrahlung; 18. 5. 33 lt. Nachr. Exitus an Rezidiv.

40. Nr. 841. Fr. I. T., 43 J., op. 25. 9. 30.

Op.-Ber.: „Das Ablösen der Blase ist schwierig. Unangenehm auch die Präp. des rechten Ureters. Die Darstellung des blasennahen Ureterabschnittes ist mühsam. Die Präparation des lk. Ureters ist im oberen Teil wegen der schwieligen Beschaffenheit des Narbengewebes (vorher intraligamentäre Zyste operiert) sehr mühsam. Bei der Durchtrennung des vorderen Anteils des Parametriums wird der Ureter durchschnitten. Blutstillung stellenweise mühsam". Weit. Sch.: 19. 10. 32 Exitus an Ca.

41. Nr. 909. Fr. A. G., 60 J., op. 10. 10. 30.

Op.-Ber.: „Fettreiche Bauchdecken, auch viel intraperit. Fettgewebe. Links findet sich ventral der Vena und Arteria iliaca externa eine überpflaumengroße Drüse. Blutstillung wegen der großen Tiefe mühsam. Operation hauptsächlich wegen des vielen Fettes mühsam". Drüsenentfernung. Drüsen Ca-haltig. Morb.: Thrombose rechtes Bein. Weit. Sch.: Pat. ist verschollen.

42. Nr. 969. Fr. G. G., 36 J., op. 28. 10. 30.

Op.-Ber.: „Fettreiche Bauchdecken. Uterus groß. Rechts an der A. il. ext. eine dattelkerngroße harte Lymphdrüse. Die ganze Operation durch die passive Hyperämie und die großen Gefäße unangenehm. Blutstillung mühsam; zahlreiche Umstechungen notwendig. Die Ausräumung des Beckens geht bds. bis auf die Levatorfascie". Drüsenausräumung. Prim. Mort. 1. 11. 30. Exitus an Peritonitis.

43. Nr. 1073. Fr. A. L., 46 J., op. 29. 11. 30.

Op.-Ber.: „Operation als Explorativlaparotomie gedacht. Der Uterus eigentümlich brüchig. Entlang dem Lig. rot. lks. geht ein Infiltrat von etwa $1^1/_2$ cm Dicke kleinhandtellergroß auf die Serosa der seitlichen vorderen Bauchwand über. Es nimmt z. T. das vordere Ligmentblatt bis über die Blase ein. Die Präp. des vesikalen Anteils des Ureters ist rechts leicht links aber, wo das große Platteninfiltrat ist, läßt sich der Ureter mühsam darstellen. Da am Scheitel lks. das Infiltrat außerordentlich fest der Blasenwand aufsitzt, wird lieber hier ein Stück Blasenwand mitgenommen." Drüsenausräumung bds. Weit. Sch.: Rezidivbestrahlung. 16. 6. 31 Exitus an Rezidiv.

44. Nr. 1. Fr. M. T., 51 J., op. 15. 1. 31.

Op.-Ber.: „Die Op. ist als Explorativlaparotomie gedacht. Das rechte Parametr. weit hinaus, namentlich in dem hinteren Ant., derb infiltriert. Die Präparation d. rechten Ureters ist schwierig. Er muß aus dem carc.

Gewebe mühsam herausgeschnitten werden. Links eine vergrößerte Lymphdrüse. Blutstillung in der Tiefe mühsam.“ Drüsenausräumung. Morb.: Ureterfistel rechts. Weit. Sch.: Spontanheilung der Fistel. 15. 1. 36 gyn. o. B. — 5-Jahresheilung.

45. Nr. 45. Fr. B. P., 61 J., op. 19. 1. 31.

Op.-Ber.: „Der Uterus klein, in Retroversion durch breite Adhäsionen fixiert. Lks. eine vergrößerte Lymphdrüse.“ „Der Uterus immer noch sehr unbeweglich. Das Parametr. wird namentlich rechts, wo es infiltriert ist, sehr radikal entfernt. Periton.-Abd. unter beträchtl. Spannung“. Drüsenausräumung. Drüsen Ca-haltig. Weit. Sch.: Rezidivbestrahlung. 7. 1. 35 Exitus an Ca.

46. Nr. 49. Fr. M. L., 44 J., op. 21. 1. 31.

Op.-Ber.: „Uterus sehr wenig beweglich. Links ein derbes Infiltr. tief unten bis nahe an die Beckenwand. Die Präp. d. Ureteren mühsam, namentl. links. Blutstillung mühsam. Wiederholte Umstechungen am Beckenboden notwendig.“. Drüsenausräumung beiderseits. Weit. Sch.: Rezidiv-Bestrahlung. 23. 7. 37. Im Becken alles o. B.

47. Nr. 102. Fr. A. G., 46 J., op. 31. 1. 31.

Op.-Ber.: „Der Uterus gar nicht beweglich. Die Blase bds. und in der Mittellinie fest fixiert. Es muß etwas Blasenmuskulatur am Collum mitgenommen werden. Die seitl. Zipfel der Blase hängen fest an Infiltraten, welche weit ins Beckenbindegewebe hinausreichen. Die Präp. der Ureteren schwierig. Die Blasenwand wird bds. in den seitl. Blasenzipfel lädiert. Drüsenausräumung bds. Morb.: Zystop. Weit. Sch.: Exitus an Rez. 21. 5. 31.

48. Nr. 114. Fr. C. D., 37 J., op. 6. 2. 31.

Op.-Ber.: „Operation als Explorativlaparotomie gedacht. Uterus nur wenig beweglich. Es zeigt sich später, daß beiderseits im Parametr. und an der Beckenwand bis weit unter die V. iliaca ext. reichende harte Lymphknotenpakete vorhanden sind, welche den N. obtur. umklammern.“ Drüsenausräumung bds. Ureter durchschnitten. Eipflanzung in die Blase. Morb.: Zystopyel. Weit. Sch.: 1. 10. 36 lt. ärztl. Brf. beschwerdefrei, gyn. o. B. — 5-Jahresheilung.

49. Nr. 321. Fr. E. M., 42 J., op. 27. 4. 31.

Op.-Ber.: „Die Ablösung der Blase macht links einige Schwierigkeiten. Der vesikale Ant. d. lk. Ureters etwas schwieriger darzustellen. Das Ca. hat die Scheide weitgehend ergriffen. Die Scheide wird unerwünschterweise eröffnet. Die Umstechungen an der Scheide wegen der Tiefe mühsam“. Drüsenausräumung. Morb.: Pyelitis. Weit. Sch.: Rezidivbestrahlung. 28. 6. 36 Exitus an Rezidiv.

50. Nr. 438. Fr. E. J., 45 J., op. 5. 6. 31.

Op.-Ber.: „Der Uterus nicht gut beweglich. Unter d. rechten iliac. Gefäßen vergrößerte harte Lymphdrüsen, ebenso links. Links ist die hintere seitl. Partie des Zellgewebes bis an die Beckenwand hart infiltriert. Die Blase im oberen Teil sehr fest verwachsen, sie muß sehr vorsichtig abpräpariert werden. Die Ureteren liegen in eigentümlich ödematösem Gewebe. Die Präp. d. vesikalen Anteils des (re.) Ureters ist wegen des harten Infiltrates schwierig. Links ist namentlich knapp ventral von der Uterina-Kreuzung der Ureter sehr fest in infiltr. Gewebe eingebacken". Drüsenausräumung. Drüsen Ca-haltig. Morb.: Bauchdeckenabszeß. Weit. Sch.: Rezidiv-Bestrahlung. 9. 11. 32 Exitus an Rezidiv.

51. Nr. 470. Fr. M. R., 51 J., op. 11. 6. 31.

Oper.-Ber.: „Es findet sich rechts vor dem 3. Kreuzbeinwirbel beim Austritt der Nervenwurzel eine halbwalnußgroße, harte, der Beckenwand unverschieblich aufsitzende Lymphdrüse. Links an derselben Stelle eine haselnußgroße, schwielige, fast fasciöse Beschaffenheit des Zellgewebes, so daß sowohl die Darstellung der Blase als auch die der Ureteren wesentlich mühsamer ist als gewöhnlich. Schwierigkeiten macht auch die Ablösung des Rectums." Drüsenausräumung. Drüsen Ca-haltig. Morb.: sekund. Anämie. Weit. Sch.: Rezidiv-Bestrahlung. Herzschwäche. Mitte September Exitus an Ca.

Bestrahlte Vergleichsfälle.

Es wird nur ein Auszug aus der Kartothek wiedergegeben.

52. Nr. 471. Fr. M. M., 63 J., Ca. colli op. nicht operiert wegen hohen Alters. Bestr. 14. 8. 28. Weit. Sch.: 23. 2. 29 Rezidiv. 23. 2, 29 Exitus an Ca.

53. Nr. 517. Fr. I. S., 47 J., Ca. colli op. nicht operiert wegen starker Adipositas. Bestr. 24. 8. 28. Weit. Sch.: 27. 2. 34 Rezidiv. 2. 9. 35 Exitus an Ca.

54. Nr. 496. Fr. A. R., 66 J., Ca. colli op. nicht operiert wegen hohen Alters und Adipositas. Bestr. am 30. 8. 28. Weit. Sch.: 14. 6. 1934 gyn. o. B. — 5-Jahresheilung.

55. Nr. 483. Fr. K. K., 63 J., Ca. colli op. nicht operiert wegen kurz vorher durchgemachter Apoplexie. Bestr. 12. 9. 28. Weit. Sch.: 5. 2. 30 gyn. o. B. 1. 7. 30 Exitus aus unbekannter Ursache.

56. Nr. 716. Fr. M. B., 64 J., Ca. colli op. nicht op. wegen hohen Alters. Bestr. 23. 2. 29. Weit. Sch.: 8. 1. 34 gyn. o. B. — 5-Jahreshlg.

57. Nr. 314. Fr. E. M., 56 J., Ca. colli op. starke Adipos. Bestr. 12, 4. 29. Weit. Sch.: 12. 7. 33 Rezidiv. 16. 8. 34 Exitus an Ca.

58. Nr. 715. Fr. L. B., 44 J., Ca. colli op. Operation abgelehnt. Bestr. 3. 8. 29. Weit. Sch.: 16. 8. 31 Exitus an Ca.

59. Nr. 770. Fr. M. S., 52 J., Ca. colli op. Bestr. 23. 8. 29. Weit. Sch.: 25. 9. 36 gyn. o. B. — 5-Jahresheilung.

60. Nr. 793. Fr. A. S., 56 J., Ca. colli op. Bestr. 30. 8. 29. Weit. Sch.: 25. 9. 36 gyn. o. B. — 5-Jahresheilung.

61. Nr. 790/804. Fr. D. W., 43 J., Ca. colli „Grenzfall", Bestr. 2. 9. 29. Weit. Sch.: 23. 4. 31 Exitus an Ca.

62. Nr. 786/825. Fr. F. O., 70 J., Ca. colli op., hohes Alter, Diabet. Bestr. 9. 9. 29. Weit. Sch.: 26. 11. 31 Exitus lt. Mitteilung aus fraglicher Ursache.

63. Nr. 856. Fr. L. D., 54 J., Ca. colli „Grenzfall", Bestr. 17. 2. 29. Weit. Sch.: 9. 5. 35 Wohlbefinden, gyn. o. B. — 5-Jahresheilung.

64. Nr. 882. Fr. M. G., 51 J., Ca. colli op. Operation abgelehnt. Bestr. 21. 9. 29. Weit. Sch.: 27. 9. 33 Exitus an Ca.

65. Nr. 1190. Fr. C. P., 44 J., Ca. colli op. starke Adipos. Bestr. 20. 12. 29. Weit. Sch.: 24. 12. 29 Exitus infolge Lungenembolie. Prim. Mortalität.

66. Nr. 1184. Fr. O. H., 72 J., Ca. colli op., hohes Alter, Bestr. 25. 12. 29. Weit. Sch.: 3. 12. 35 gyn. o. B. — 5-Jahresheilung.

67. Nr. 1077. Fr. E. H., 46 J., Ca. colli op. Bestr. 6. 1. 30. Weit. Sch.: 23. 2. 32 Exitus an Ca.

68. Nr. 127. Fr. G. K., 63 J., Ca. colli op. Herzfehler, Adipos. Bestr. 8. 2. 30. Weit. Sch.: 24. 5. 35 Exitus an Apoplexie.

69. Nr. 156. Fr. P. G., 52 J., Ca. colli op. elender Allgemeinzustand. Bestr. 17. 2. 30. Weit. Sch.: 12. 10. 30 Exitus an Ca,

70. Nr. 459. Fr. L. B., 66 J., Ca. colli op., hohes Alter, Bestr. 27. 5. 30. Weit. Sch.: 29. 11. 35 gyn. o. B. — 5-Jahresheilung.

71. Nr. 505. Fr. K. K., Ca. colli op. Diabetes. Bestr. 11. 6. 30. Weit. Sch.: 31. 5. 31 Exitus an Ca.

72. Nr. 303. Fr. A. S., 37 J., Ca. colli op. starke Adipos. Bestr. 16. 6. 30. Weit. Sch.: 25. 9. 36 gyn. o. B. 5-Jahresheilung.

73. Nr. 754. Fr. M. H., 43 J., Ca. colli op. Kyphoskoliose, Bestr. 23. 8. 30. Weit. Sch.: 10. 10. 36 lt. Mitteilung Wohlbefinden — 5-Jahresheilung.

74. Nr. 785. Fr. A. K., 51 J., Ca. colli, „Grenzfall". Bestr. 3. 9. 30. Weit. Sch.: 25. 9. 36 gyn. o. B. — 5-Jahresheilung.

75. Nr. 832. Fr. H. G., 61 J., Ca. colli op., hohes Alter + Adipos. Bestr. 13. 9. 30. Weit. Sch.: 23. 5. 34 Exitus an Ca.

76. Nr. 804. Fr. B. G., 41 J., Ca. colli op. Thrombophlebitis lk. Unterschenkel. Bestr. 19. 9. 30. Weit. Sch.: 16. 11. 31 Exitus an Ca.

77. Nr. 845. Fr. C. W., 52 J., Ca. colli op. Hypertonie, Struma, Adipos. Bestr. 23. 9. 30. Weit. Sch.: 2. 11. 31 Exitus an Ca,

78. Nr. 784. Fr. H. D., 44 J., Ca. colli „Grenzfall". Bestr. 11. 10. 30. Weit. Sch.: 8. 3. 32 Exitus an Ca.

79. Nr. 989. Fr. H. W., 50 J., Ca. colli op. hochgradige Hypertonie. Bestr. 3. 11. 30. Weit. Sch.: 10. 3. 32 Exitus an Ca.

80. Nr. 1013. Fr. L. S., 51 J., Ca. colli „Grenzfall", Bestrahlung 8. 12. 30. Weit. Sch.: verschollen.

81. Nr. 1056. Fr. L. H., 50 J., Ca. colli „Grenzfall", Bestrahlung 8. 12. 30. Weit. Sch.: 14. 6. 37 gyn. o. B. — 5-Jahreshlg.

82. Nr. 1054. Fr. A. Z., 46 J., Ca. colli „Grenzfall", Bestrahlung 26. 11. 30. Weit. Sch.: September 31 Exitus an Ca.

83. Nr. 1089. Fr. N. M., 59 J., Ca. colli op. Operation verweigert, Bestrahlg. 13. 12. 30. Weit. Sch.: 20. 12. 31 Exitus an Ca.

84. Nr. 1095. Fr. E. G., 53 J., Ca. colli op. Bestrahlung 4. 2. 31. Weit. Sch.: 25. 9. 36 gyn. o. B. — 5-Jahresheilung.

85. Nr. 123. Fr. M. S., 74 J., Ca. colli op., hohes Alter, Bestr. 7. 2. 31. Weit. Sch.: 7. 10. 34 Exitus an Ca,

86. Nr. 137. Fr. H. Z., 55 J., Ca. colli op. Operation abgelehnt, Bestr. 20. 2. 31. Weit. Sch.: 4. 12. 31 Exitus an Ca.

87. Nr. 297. Fr. K. G., 51 J., Ca. colli op. Hypertonie, starke Varicen. Bestr. 11. 4. 31. Weit. Sch.: Herbst 1933 Exitus an Ca. lt. Mitteilung.

88. Nr. 317. Fr. M. L., 50 J., Ca. colli op. Diabetes, Bestr. 22. 4. 31. Weit. Sch.: 29. 7. 32. Exitus an Ca.

89. Nr. 169. Fr. A. M., 44 J., Ca. colli op. Schizophrenie, Bestr. 4. 5. 31. Weit. Sch.: 18. 9. 32 Exitus an Ca.

90. Nr. 472. Fr. E. K., 77 J., Ca. colli op. hohes Alter, Betr. 13. 6. 31. Weit. Sch.: 25. 9. 36 gyn. o. B. — 5-Jahresheilung.

Herrn Professor Dr. G. A. Wagner bin ich für die Ueberlassung der Arbeit und Herrn Dozenten Stabsarzt Dr. Schroeder für die freundliche Unterstützung, die er mir bei der Ausarbeitung zuteil werden ließ, großen Dank schuldig.

Literatur.

Adler, L.: Verh. dtsch. Ges. Gynäk. 1920.
Döderlein, G.: Zbl. Gynäk. 1931, S. 968.
Döderlein, G. u. Baatz, H.: Zbl. Gynäk. 1934, S. 22.
Dietel: Zbl. Gynäk. 1934, S. 1998.
— Strahlentherapie Bd. 46, 1933.
Dietrich: Halban-Seitz V/1.
Eymer,: Arch. Gynäk. 156, S. 268.
— Arch. Gynäk. 157, S. 433.
Franz: Gyn. Operat. Berlin 1925.
Giesecke: Arch. Gyn. 115, S. 435, 1922.
Heimann, Fr.: Berl. Klin. Wochenschr. 1917, 7; 1918, 183.
Heymann, J.: Wiener Klin. Wochenschr. 1935, I.
Ikeda, Y. u. K.: Zentrbl. Gyn. 1933, S. 1651.
Kehrer, E.: Verh. Dt. Ges. Gynäk. 1932, S. 106.
Lieck, E.: „Krebsverbreitung, Krebsbekämpfung, Krebsverhütung". München, J. E. Lehmann, 1932.
Mayer, A.: Strahlentherapie, Bd. 37, S. 311.
v. Mikulicz-Radecki: Zentrlbl. Gynäk. 1934, Bd. 156.
Pankow, O.: „Die Therapie des Uterus-Karzinoms", in Stoeckels Handbuch der Gynäk. 3. Aufl. Bd. VI, 2.
Peham-Amreich: Gyn. Operat. Berlin 1930.
Philipp, E.: Zbl. f. Gyn. 1932.
Pickhan: Dtsch. med. Wochenschr. 1935, II.
— Dtsch. med. Wochenschr. 1936, I.
Schröder: Strahlentherapie, Bd. 42, S. 858.
Stoeckel: Lehrb. d. Gynäk. Lpzg. 1930.
— Arch. Gynäk. 156, S. 291.
v. Salacz, P.: Zeitschr. Gebh. 1935, S. 110, 220.
Voltz: Arch. Gynäk. 136, S. 213.
— Strahlentherapie Bd. 50, S. 576.
Wagner, G. A.: Chirurg, 1. Jg. S. 49.
— Kirschner-Wagner, Die Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, Verlag Julius Springer 1933.

Lebenslauf

Ich, Horst Friedrich K r a k o w, geb. am 5. Januar 1912 in Stücken (Mark) als Sohn des damaligen Lehrers Fritz Krakow und seiner Ehefrau Martha, geb. Raché, bin arisch und evangelisch. — Von 1918 bis November 1920 besuchte ich die Volksschule in Stücken und danach die Friedrichsschule in Gumbinnen, an der ich im März 1931 das Reifezeugnis erlangte. Es folgte ein 11-semestriges Medizinstudium, von dem ich die ersten drei Semester an der Friedrich-Wilhelm-Universität in Berlin, das 4.—8. an der Albertus-Universität in Königsberg und das 9.—11. Semester wieder in Berlin studierte, wo ich am 26. 8. 1936 das medizinische Staatsexamen beendete. Am 30. Oktober 1934 bin ich als Sanitätsoffizieranwärter in die Wehrmacht eingetreten, der ich heute angehöre.